UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 101

# LES ÉRYTHÈMES

DANS LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 26 Juillet 1912**

PAR

Edouard GANDOLIN

Né à Nancy (Meurthe-et-Moselle), le 5 janvier 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

RAUZIER, professeur *Président.*
BAUMEL, professeur, *Assesseurs.*
LEENHARDT, agrégé
EUZIERE, agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1912

# LES ÉRYTHÈMES

DANS LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

N° 101

# LES ÉRYTHÈMES

DANS LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 26 Juillet 1912**

PAR

Edouard GANDOLIN

Né à Nancy (Meurthe-et-Moselle), le 5 janvier 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

RAUZIER, professeur *Président.*
BAUMEL, professeur,
LEENHARDT, agrégé
EUZIERE, agrégé
*Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue FerdinandFabre et Quai du Verdanson

1912

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale . . . . . | MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseignedt pathol. et thérap. génér |
| Clinique chirurgicale . . . . . | TEDENAT (✲). |
| Clinique médicale . . . . . | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✲). |
| Physique médicale . . . . . | IMBERT. |
| Botanique et hist. nat. méd . . . . . | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale . . . . . | FORGUE (✲) |
| Clinque ophtalmologique . . . . . | TRUC (✲). |
| Chimie médicale. . . . . | VILLE. |
| Physiologie . . . . . | HEDON. |
| Histologie . . . . . | VIALLETON. |
| Pathologie interne . . . . . | DUCAMP. |
| Anatomie . . . . . | GILIS (✲). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthop. | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . . | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique . . . . . | BOSC. |
| Higiène . . . . . | BERTIN-SANS (H ) |
| Pathologie et thérapeutique générales . . | RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la Clinique médicale |
| Clinique obstétricale . . . . . | VALLOIS. |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | VIRES. |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
*Doyen honoraire :* M. VIALLETON
*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT HAMELIN (✲)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

## Chargés des Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | LEENHARDT, agrégé. |
| Pathologie externe . . . . . | LAPEYRE, agr. lib. |
| Clinique gynécologique. . . . . | DE ROUVILLE, prof. adj. |
| Accouchements. . . . . | PUECH, Prof. adj. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agr. libr. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie. . . . | MOURET, Prof. adj. |
| Médecine opératoire . . . . . | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. LAGRIFFOUL | MM. DERRIEN |
| VEDEL | GAUSSEL | MASSABUAU |
| SOUBEYRAN | RICHE | EUZIÈRE |
| GRYNFELTT Ed | CABANNES | LECERCLE |
| LEENHARDT | DELMAS (Paul). | FLEIG, chargé des fonc |

## Examinateurs de la Thèse

MM. RAUZIER, *profes., président.* | MM. LEENHARDT, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.* | EUZIERE, *agrégé.*

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES SŒURS

E. GANDOLIN.

A MON ONCLE

A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

E. GANDOLIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

LEENHARDT ET EUZIÈRE

E. GANDOLIN.

# AVANT-PROPOS

Avant de quitter la vie douce et facile d'étudiant pour celle, si rude parfois, de médecin de campagne, notre pensée se porte vers ceux qui nous ont aidé dans nos études.

Vers notre père d'abord, dont l'absence se fait plus cruellement sentir encore en ce jour ! Il nous a toujours aidé de ses conseils, et nous a facilité notre travail par son inlassable dévouement.

Aujourd'hui, sa joie eût été bien grande en nous voyant revêtir la robe de docteur ; notre pensée ira toujours vers lui, et le souvenir de sa bonté restera toujours gravé dans notre cœur. Merci à lui !

Nous ne voulons pas séparer dans notre pensée ceux qui ont toujours été si unis, et notre reconnaissance va aussi vers notre mère dont l'affection ne nous a jamais manqué, et qui, depuis la mort de notre père, s'est imposé les plus lourds sacrifices pour nous permettre d'arriver au terme de nos études.

Un agréable devoir nous reste à remplir. Celui d'assurer de notre respect et de notre gratitude nos maîtres de la Faculté montpelliéraine qui nous ont toujours guidé dans nos études.

A M. le professeur Rauzier, qui a bien voulu nous faire

le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous adressons notre respectueuse reconnaissance.

Nous adressons le même hommage à M. le professeur Baumel et à MM. les professeurs agrégés Leenhardt et Euzière qui ont bien voulu être aujourd'hui nos juges.

Nous assurons de notre gratitude M. le chef de clinique Roger, qui nous a guidé dans notre modeste travail.

Que nos amis soient sûrs que nous garderons toujours le souvenir de notre heureux temps passé ensemble. Nous souhaitons rencontrer dans notre vie nouvelle d'aussi solides amitiés.

# LES ÉRYTHÈMES

DANS LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE

---

## INTRODUCTION

A la suite d'un cas d'érythème typhoïdique que nous avons pu observer dans le service de M. le professieur Rauzier, à l'Hôpital Suburbain de Montpellier, nous avons cru faire œuvre utile en apportant notre modeste contribution à l'étude des érythèmes de la fièvre typhoïde. Nous n'avons pas la prétention d'apporter un jour nouveau sur la question, ni de faire une nouvelle mise au point. De nombreux travaux ont été publiés depuis les premières observations faites en 1832 par Taupin. Parmi ces travaux, nous citerons seulement les deux plus importants : celui de Remlinger, publié dans la *Revue de médecine* de 1900, et la thèse de Poisot (Paris, 1908).

Nous avons eu surtout pour but de condenser les nombreux matériaux publiés sur cette question, et surtout d'apporter, à l'appui de la partie théorique de notre travail, une observation de M. le professeur Rauzier et de M. le chef de

clinique Roger, à côté d'une observation publiée par MM. Richon et Hanns dans la *Province médicale* du 30 septembre 1911.

L'observation due à MM. Rauzier et Roger a fait l'objet d'une leçon clinique, qui est encore inédite.

## Observation Première

(MM. Rauzier et Roger. Montpellier Médical, 23 juin 1912.)

Agr.... Rose, âgée de 30 ans, entre, le 8 décembre 1911, à l'Hôpital Suburbain, salle Espéronnier, n° 30, dans le service du professeur Rauzier.

Cette femme, sans antécédents dignes d'être relatés, et descendue depuis un mois à peine de l'Aveyron, a été prise, il y a une dizaine de jours, de céphalée, d'insomnie, de quelques vomissements. Déjà, quelques jours auparavant, elle a éprouvé une certaine sensation de lassitude. Ces quelques troubles l'ont surprise en plein allaitement de son enfant, âgé de 10 mois, et qu'elle a sevré la veille de son arrivée à l'hôpital.

A son entrée, elle accuse un peu de douleur au niveau de la gorge, de l'anorexie et de la diarrhée. Les vomissements qu'elle avait eus au début ont cessé. Elle ne souffre pas de l'abdomen. Elle a saigné du nez, craché un peu, n'a pas de point de côté. Les urines contiennent quelques traces d'albumine non rétractiles. La céphalée a à peu près disparu. La fièvre est assez élevée : 39°8 le matin, 39°3 le soir.

A l'examen, on constate une langue un peu sale, un ventre non douloureux à la pression, mais offrant quelques taches rosées nettes. Rien à signaler du côté des divers appareils. Le cœur est assez énergique, avec léger éclat diastolique ; le pouls est à 108 ; la tension artérielle de 12, au sphygmomanomètre Potain.

En raison des troubles gastro-intestinaux (vomissements,

puis diarrhée), des épistaxis, et surtout des taches rosées, on porte le diagnostic de fièvre typhoïde arrivée environ au 10e jour de son évolution. Le récent acclimatement de cette femme à Montpellier est sans doute un des facteurs qui expliquent sa contamination.

On prescrit le traitement habituel : régime liquide (3 litres de lait et bouillon), 4 bains à 32° d'un quart d'heure de durée, et deux lavements d'un litre d'eau bouillie. Pour parer à la montée laiteuse qui peut accompagner le sevrage assez brusque, on a recours à un bandage de corps convenablement serré. Aucun médicament d'aucune sorte n'est administré à la malade.

Celle-ci continuait l'évolution normale de sa dothiénentérie, avec température en plateau aux environs de 39°4, pouls vers 100-110, nouvelle épistaxis, diarrhée peu abondante, taches rosées, quand, quelques jours après son entrée, et le 16e jour de la maladie, le 14 décembre, au matin, elle nous montre, à la visite, une éruption qui date, dit-elle, de quelques heures et qu'elle a constatée en prenant un bain. Il s'agit d'une éruption à peu près généralisée, plus intense sur le tronc, en particulier à l'abdomen et à la racine du thorax, qu'au cou et et aux membres, la face restant indemne ; elle est composée de petites taches rosées, cohérentes mais non confluentes, très légèrement papuleuses, s'effaçant par la pression. Au niveau du coude, on constate toutefois quelques taches confluentes formant un petit placard. Il n'y a pas de ganglions, pas de prurit. La langue est propre, la gorge très légèrement rouge ; la fièvre est à 39°4, le pouls un peu rapide à 120.

Devant une telle éruption roséoliforme, on se demande, tout d'abord, si la malade n'a pas absorbé quelque substance qui ait pu déterminer un pareil érythème ; mais elle est restée au régime du lait et du bouillon et n'a pris ni antipyrine, ni pyramidon, ni aucun autre médicament.

Nous l'interrogeons avec soin, au sujet de quelque écart de régime qu'elle aurait pu commettre en cachette, ou de l'absorption de quelque cachet qu'elle aurait pu également avaler à notre insu, peut-être pour parer à sa montée laiteuse, mais elle répond par la négative, et ses réponses, qu'elle nous a d'ailleurs confirmées ultérieurement à plusieurs reprises, paraissent de bonne foi.

Il n'y a pas de catarrhe oculaire ni nasal ; rien ne peut faire penser à la rougeole, pour laquelle d'ailleurs manquerait toute espèce de contagion. Pour le même motif, et étant donnée l'absence de ganglions, il ne s'agit pas de rubéole. L'éruption ne présente d'ailleurs aucun autre signe de syphilis secondaire.

Cet érythème ne paraît donc point en relation avec une affection intercurrente, mais est directement consécutif à la fièvre typhoïde.

Le 15 décembre, l'aspect de l'éruption s'est modifié ; elle présente un type scarlatiniforme tout à fait net. Elle s'est étendue aux membres et même à la face, où il y a quelques placards nets s'effaçant par la pression. La gorge, légèrement rouge, n'a toutefois pas du tout la rougeur vernissée de la scarlatine. La malade n'accuse aucun malaise d'aucune sorte. Elle éprouve même une certaine satisfaction de son éruption ; avec des conceptions pathogéniques simplistes, elle préfère que le lait soit ainsi sorti plutôt que de s'être mélangé avec le sang. La température est de 38°9, 39°6 ; le pouls à 110. Les bains sont toujours continués.

Le 16 décembre, l'éruption a presque disparu au niveau de l'abdomen, où elle a beaucoup pâli ; au niveau des cuisses, on constate encore quelques placards scarlatiniformes, mais d'un rouge moins vif que la veille ; aux pieds quelques éléments roséoliques ; l'éruption est restée aussi intense aux lombes.

Bon état général, cœur très suffisant; cinq selles. La température ayant baissé, 38°4, 38°8, on réduit à trois le nombre des bains.

Le 17 décembre, l'éruption a à peu près disparu, laissant cependant, pendant deux à trois jours, un certain état marbré de la peau.

La fièvre continue à descendre, régulièrement mais lentement, jusqu'au 23 décembre, température 38°, 38°6, le pouls est à 100, 110, les selles au nombre de trois à quatre ; à ce moment, la malade présente une légère recrudescence de température ; fièvre à plus grandes oscillations dépassant, le soir, 39°, nouvelles épistaxis peu abondantes, quelques taches rosées récentes, langue sale, légère lipothymie, avec affaiblissement du premier bruit du cœur, nécessitant quelques injections d'huile camphrée. Quelques cachets de quinine (deux cachets par jour de sulfate de quinine, 0,40 ; bicarbonate de soude, 0,20), administrés pendant trois jours, régularisent la température.

Il persiste, pendant plus d'une dizaine de jours, un état subfébrile avec 37°8 ou 38 le soir. L'apyrexie n'est complète que le 11 janvier ; l'alimentation n'est commencée que le 13. Dès lors, la convalescence se fait d'une façon régulière, et quand la malade quitte le service, le 3 février, elle est complètement rétablie.

Entre temps, le séro de Widal, négatif au début, était nettement positif le 2 janvier 1912. A signaler une desquamation furfuracée que nous avons constatée à l'abdomen et aux genoux dès le 25 décembre, soit une dizaine de jours après l'éruption, et encore en pleine évolution de dothiénentérie. Cette desquamation s'est lentement généralisée aux autres parties du corps qu'a visitées l'éruption. Elle persistait encore le 5 janvier au niveau des membres et, le 15 janvier, au niveau de quelques parties du thorax. Il n'y a pas eu de des-

quamation à la langue. Partout, tant sur le tronc qu'à l'extrémité des membres, la desquamation s'est faite par petites squames, jamais par lambeaux, comme dans la scarlatine.

Voici, pour compléter l'observation, quelques analyses d'urines, faites, au cours de la maladie, avant, pendant et après l'éruption ; celle-ci ne paraît, d'ailleurs, avoir eu sur ces urines aucune influence.

| Dates | Quantité | Densité | Réaction | Urée par 1 | Chlorures par L | Albumine |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 déc. | 950 | 1007 | acide | | 1 | traces (non rétractiles) |
| 15 déc. | 1000 | 1006 | — | 9,07 | 1,30 | — |
| 22 déc. | 1250 | 1005 | — | 7,69 | 1,20 | traces |
| 26 déc. | 700 urines partielles | 1007 | alcaline | 10,4 | 3,30 | 0,10 |
| 12 janv. | 2300 | 1005 | acide | 4,94 | 3,10 | traces |

## Observation II

(Richon et Hanns. Province médicale du 30 septembre 1911)

Jeanne Pierre, âgée de 13 ans, entre à l'hôpital le 18 juin 1910 ; elle est examinée par l'un de nous, suppléant à ce moment M. le professeur Bernheim. Elle est malade depuis une dizaine de jours, elle souffre de douleurs vagues dans le dos, les reins, les mollets, d'un peu de mal de tête, de vertiges et de bourdonnements d'oreille. Au moment de l'entrée, c'est-à-dire au 15e jour de la maladie, elle présente, au niveau des jambes et sur les coudes, une éruption formée de petites nodosités, douloureuses à la pression, grosses comme des petits pois, assez symétriquement disposées et ne remontant pas au-delà des genoux.

Le lendemain et le surlendemain, ces éléments éruptifs deviennent plus nombreux. Ils siègent principalement autour des genoux et du coude et ne gagnent pas le tronc : ils sont

aussi sur la face externe de la cuisse et sur toute la surface des jambes. Les nouveaux éléments sont toujours en majorité des papules rouges dont quelques-unes reposent sur une induration sous-cutanée assez profonde ; des éléments simplement maculeux s'y mêlent. Rapidement, l'éruption cesse d'augmenter, pâlit et bientôt disparaît sans laisser de traces. Elle a duré une dizaine de jours, si l'on admet que son début a eu lieu 2 jours avant l'entrée, ce que prétend la petite malade. L'état général est excellent et il existe seulement un peu de céphalée avec anorexie et constipation. Malgré cette bénignité des symptômes, il existe une fièvre à oscillations assez élevée (38° a 39°).

Le diagnostic d'érythème polymophe primitif semblait absolument plausible.

Dans le but de savoir si quelque septicémie atténuée était décelable, nous résolûmes de faire la culture du sang. Une ponction veineuse fut donc faite et plusieurs tubes de bouillon ensemencées. A notre grand étonnement, dans tous les tubes, poussa du bacille d'Eberth qui fut caractérisé bactériologiquement grâce à son agglutinalité par le sérum de typhique. Aucune autre espèce microbienne ne l'accompagnait dans lès cultures.

Voyant cela, nous pratiquâmes le séro-diagnostic ; il fut négatif ; on était cependant au 22e jour de la maladie, mais quatre jours après, il fut repratiqué et fut positif.

La suite de l'évolution fut conforme avec celle d'une fièvre typhoïde. Loin de tomber après la disparition de l'érythème, la fièvre continua, pendant 12 jours encore, à osciller entre 38 et 39°, puis entre 37 et 38°, sans qu'aucune localisation morbide se produisît.

L'état général était excellent, et y avait simplement un peu d'anorexie et de céphalée.

Le poul était nettement ralenti par rapport à la température (100 pulsations pour 39°).

## ETIOLOGIE

Les érythèmes peuvent apparaître aux différentes étapes de la fièvre typhoïde : au début, avant l'apparition des taches rosées, ce sont surtout les érythèmes bénins, bien qu'ils puissent revêtir parfois une allure grave, et même aboutir à la mort ; le plus souvent, on les constate à la période d'état, à la fin du deuxième septenaire ou au commencement du troisième. Ils peuvent indiquer une marche rapide de la maladie, ou une prochaine défervescence. Plus rarement, on peut les trouver au cours de la convalescence ou d'une rechute. Exceptionnellement, on a signalé des cas d'érythèmes en dehors de la dothiénentérie, bien que dus au bacille d'Eberth : deux cas ont été publiés avec un séro-diagnostic positif.

On peut rencontrer les érythèmes dans toutes les formes cliniques de la dothiénentérie, aussi bien dans les formes les plus bénignes que dans les formes les plus graves. Cependant, le type clinique de la maladie semble jouer un grand rôle, car c'est de préférence dans les formes ataxo-dynamiques que l'on rencontre le plus souvent ces exanthèmes ; et il paraît que c'est dans ces cas que le syndrome revêt la plus grande malignité.

L'âge a une influence très nette dans l'étiologie de ces érythèmes. On les a constatés surtout chez les enfants, et en particulier chez ceux de 3 à 15 ans. Au-delà, cette fréquence diminue notablement, pour tomber à un chiffre infime à par-

tir de 25 ans, 13 fois sur 182 cas dans la statistique de Poisot.

Des différentes observations publiées par Remlinger, il semble ressortir que, des deux sexes, le masculin soit le plus sujet à contracter les érythèmes au cours de la fièvre typhoïde. Sur 59 cas observés, Remlinger a compté 36 hommes et seulement 23 femmes. Mais peut-être peut-on expliquer cette prédisposition pour le sexe masculin par la plus grande fréquence de la fièvre typhoïde chez l'homme. Car un relevé fait par Homol des différentes statistiques de plusieurs hôpitaux de France, d'Allemagne et d'Angleterre, donne une proportion sensiblement plus élevée de typhoïdiques du sexe masculin.

Ces érythèmes sont assez rares : Gillet (thèse Nancy, 1896), sur un ensemble de 500 cas, ne les rencontre que dans 1,6 o/o ; Poisot, en 1908, en réunit un total de 182 cas.

## SYMPTOMES

Dans l'étude clinique des érythèmes au cours de la fièvre typhoïde, nous devrons distinguer deux types tout à fait dissemblables, non tant par les caractères différents de l'éruption que par l'influence sur le cours de la maladie.

Les uns constitueront les érythèmes bénins, les autres seront les érythèmes graves.

Un seul symptôme caractérise l'érythème bénin : c'est l'éruption. Au cours d'une dothiénentérie, l'on constate des éléments éruptifs, dont nous étudierons un peu plus loin les caractères. Mais la marche de la fièvre typhoïde n'est nullement influencée par l'apparition de cette complication ; rien ne la fait prévoir, et quand elle est constituée, l'état du malade n'est nullement changé.

La dothiénentérie suit la marche qu'elle avait avant l'apparition de l'érythème ; sa gravité n'en est pas augmentée, sa durée prolongée.

L'éruption est le seul symptôme que l'on puisse constater ; l'état général du malade reste ce qu'il était, tout au plus constate-t-on un peu de constipation accompagnée d'anorexie et d'un peu de céphalée, et encore ce ne sont pas là des faits constants.

Le plus souvent, l'érythème ne se traduit par aucun phénomène concomitant, l'influence sur la courbe thermique semble nulle.

Lovy et Remlinger, dans les nombreux cas d'érythèmes bénins qu'ils ont étudiés, n'ont constaté aucune modification de la température ; si, dans quelques observations, ils ont rencontré une très légère ascension momentanée, le plus souvent, au moment de l'éruption de l'érythème, la température est restée ce qu'elle était, et le lendemain de l'exanthème, elle descendait progressivement ; l'érythème ne pourrait-il pas être considéré comme un signe annonçant une proche guérison ?

Cependant, il semble que cet érythème soit absolument de même nature que l'érythème grave, car les différentes séries morbides que nous avons étudiées montrent que l'érythème grave et l'érythème bénin se trouvent en même temps chez les différents malades. Jamais nous n'avons vu une série de malades atteints uniquement d'érythèmes bénins à côté d'autres atteints seulement d'érythèmes graves. Les deux types extrêmes sont reliés par une série d'échelons intermédiaires qui font passer insensiblement des érythèmes bénins aux érythèmes graves. Enfin, ce qui montre une parenté assez étroite entre eux, c'est la ressemblance de leur caractère morphologique, la concordance de leur date d'apparition, leur distribution à peu près semblable sur le corps.

Autrement sérieux est l'érythème grave, apparaissant comme une complication redoutable de la fièvre typhoïde, en changeant l'allure et en modifiant souvent complètement le pronostic. Esquissons d'abord le tableau clinique d'un typhique frappé par l'érythème grave, nous étudierons ensuite les différentes modalités suivant lesquelles l'érythème peut se manifester. A la période d'état, le plus souvent, mais plus rarement pendant la période de convalescence et de défervescence, le malade est pris brusquement de vomissements d'abord alimentaires, qui ne tardent pas à prendre le caractère de vomissements verdâtres, quelquefois même nettement porracés. Ceux-

ci augmentent peu à peu d'intensité, le malade arrive à une véritable intolérance. Les selles changent de caractère, prennent le même aspect que les vomissements et deviennent fétides. Les urines sont rares, se troublent et présentent souvent de l'albumine. L'état général s'aggrave, la prostration augmente ; à ce moment, dans presque tous les cas, se produit une brusque chute de température qui, de 40°, descend au-dessous de 38° et quelquefois même atteint 37°, et cependant on ne peut trouver aucun signe des deux complications de la dothiénentérie, amenant une brusque défervescence de la température : la perforation et l'hémorragie intestinales. Si l'érythème apparaît au moment où le malade est déjà dans l'apyrexie, l'érythème sera sans aucune influence sur la courbe thermique ou causera une élévation de température. C'est à ce moment qu'apparaît généralement l'éruption, débutant le plus souvent au niveau ou dans la région des articulations des membres, étant beaucoup plus intense à la racine du membre qu'à son extrémité ; il s'étend peu à peu, couvrant complètement le membre. Le thorax et l'abdomen présentent ordinairement une éruption moins intense que celle des membres. La face est rarement atteinte, les muqueuses bucco-pharyngiennes sont généralement intactes, on peut y trouver une rougeur diffuse qui, en tout cas, ne sera jamais analogue à celle que présente la fièvre scarlatine. Le pourtour des lèvres et des narines montre des lésions caractéristiques que l'on rencontre surtout dans les formes très graves et consistant en fissures et ulcérations. La gravité de l'état général augmente, le malade est dans une prostration complète, son faciès rappelle celui que l'on trouve dans la péritonite, avec, en plus, de gros cercles rougeâtres ou bleuâtres autour des yeux. L'érythème ne s'accompagne pas, en général, de phénomènes subjectifs, le plus souvent on ne constate pas de prurit.

La durée et la terminaison de l'érythème et des différents phénomènes qui l'accompagnent sont très variables. Le plus souvent, le dénouement fatal est la règle, la température reprend une marche ascendante, l'état général empire, l'abattement est complet, le pouls, qui, au moment de l'érythème, avait conservé les signes qui le caractérisent dans la dothiénentérie devient petit, filiforme, incomptable, dans une moyenne de 3 à 6 jours, le malade succombe ; d'autres fois, le dénouement fatal arrive brusquement, en 24 heures le malade est enlevé. Cependant, quelque grave que soit le pronostic de l'érythème, la guérison peut survenir, l'érythème s'atténue peu à peu et disparaît sans laisser de traces ; parfois, au contraire, il se termine par une desquamation variable, furfuracée, par larges plaques, suivant le type de l'érythème qui lui a donné naissance.

Remlinger a insisté sur une modification particulière de l'érythème rubéoliforme que nous retrouvons dans l'observation de M. le professeur Rauzier. « Au quatrième ou au cinquième jour, les papilles brunissent et prennent une teinte cuivrée, très voisine de celle de la syphilis. La peau, alternativement normale et bronzée, a un aspect tigré, truité, qui, n'était le commémoratif, en imposerait pour le diagnostic de spécificité. Cet état tigré est généralement de peu de durée (2 ou 3 jours). » (Remlinger, Contribution à l'étude de l'érythème, *Revue de médecine*, 1900.) Il semble que cette modification particulière de l'érythème rubéoliforme se rencontre surtout dans l'érythème bénin.

La diarrhée, les vomissements s'atténuent peu à peu, le malade entre en convalescence. Mais combien différente est cette convalescence de celle qui suit une dothiénentérie que n'a pas compliquée l'érythème. L'organisme semble complètement épuisé, le syndrome érythémateux a donné à la typhoïde un cachet de gravité tel qu'il faudra au malade de

nombreux mois pour revenir à l'état de santé complet. Enfin, des rechutes peuvent venir interrompre la convalescence ou se manifester dans le cours même d'une dothiénenthérie. Quelques jours après une première invasion, on constate une nouvelle poussée d'érythème soit du même type, soit d'un type tout à fait différent ; des symptômes graves accompagnent chaque fois l'exanthème. Comme dans les premières poussées, elles pourront aboutir à la mort du malade, revêtant par le fait même de leur répétition un caractère de gravité spécial, alors même que la première attaque aurait été bénigne.

En résumé, nous constatons que le syndrome de l'érythème grave est constitué par deux facteurs, l'éruption et des phénomènes concomitants : diarrhée verte, vomissements porracés, chute de température, altération de l'état général. L'éruption présente des caractères variables qui ont permis de décrire plusieurs types qui se présentent aussi bien dans l'érythème bénin que dans l'érythème grave. Les formes les plus fréquentes suivant lesquelles se montrent les érythèmes sont les formes :

Rubéoliforme ;

Scarlitiniformes ;

Polymorphe.

A côté de ces types que l'on rencontre le plus souvent, on peut trouver, beaucoup plus rarement, des types noueux, ortié, vésiculeux, miliaire, bulleux ou pamphigoïde, pustuleux, purpurique.

Le type rubéoliforme, qui est le plus fréquent, se présente avec des caractères rappelant assez bien ceux de la rougeole : petites macules, de couleur variant du rose au rouge foncé, s'effaçant sous la pression, se réunissant pour former des placards, à la périphérie desquels on trouve, isolées, des petites macules.

L'éruption commence aux membres, généralement à leur extrémité ; c'est au niveau des articulations qu'elle est plus abondante. Elle se propage suivant une marche centripète ; le thorax et l'abdomen sont moins atteints que les membres. La face semble, en général, respectée.

Le type scarlatiniforme est moins fréquent que le précédent ; il est constitué par des placards rougeâtres ressemblant à ceux de la scarlatine. Comme le précédent, il débute presque toujours sur les membres, autour des articulations. Le thorax et l'abdomen sont moins souvent atteints que dans le type rubéoliforme. La face n'est que rarement prise.

Le type polymorphe est un érythème qui participe aux caractères des deux types précédents. C'est un érythème rubéolo-scarlatiniforme. L'érythème commence généralement aux membres, avec le type rubéoliforme, et prend les caractères de l'érythème scarlatiniforme sur l'abdomen et le thorax. L'éruption rubéoliforme périphérique peut ensuite souvent être remplacée, en partie, par des placards scarlatiniformes.

## PATHOGÉNIE

De nombreuses théories ont été émises pour essayer d'expliquer la pathogénie de l'érythème :

1° L'origine de l'érythème peut être indépendante de la maladie elle-même : l'érythème serait d'origine médicamenteuse.

2° La maladie est réellement en cause.

*a)* Le bacille d'Eberth aurait une propriété spéciale pour faire des érythèmes ; cette théorie pourrait surtout expliquer les cas où les érythèmes revêtent un caractère d'épidémicité.

*b)* Il faudrait surtout faire intervenir le facteur personnel du malade ; insuffisance des glandes antitoxiques et des émonctoires. Dans ce cas, au lieu d'avoir des érythèmes en série, on ne constaterait que quelques cas isolés, la propriété de faire des érythèmes ne provenant pas du bacille, mais bien du sujet.

1° *Origine médicamenteuse de l'érythème.*

Nous ne nous attarderons pas à discuter longuement l'origine purement médicamenteuse de l'érythème. Nous verrons au chapitre du diagnostic que les médicaments employés couramment dans la dothiénentérie peuvent donner des éruptions simulant l'érythème ; mais il ne nous semble pas que ce soit seulement l'absorption des médicaments qui donne

naissance à ces éruptions, car, s'il en était ainsi, la suppression seule du remède suffirait à faire disparaître l'exanthème. Et combien sont nombreux les cas d'érythèmes, au cours de la fièvre typhoïde, où le malade n'avait pris aucun remède pouvant amener une éruption !

2° *Propriété spéciale du bacille de faire des érythèmes.*

Pour Gillet et Rispal, le bacille d'Eberth pourrait, dans certaines conditions, encore mal connues, de virulence ou de terrain, sécréter des toxines qui auraient des propriétés érytrogènes. L'érythème serait même considéré par ces auteurs, non comme une complication, mais comme un symptôme de la maladie, qu'à la vérité on rencontrerait rarement, seulement dans les cas où le bacille d'Eberth jouirait du pouvoir érytrogène. Cette théorie nous semble très séduisante ; elle a surtout l'avantage d'expliquer les cas d'érythèmes en séries, l'infection des malades ayant lieu par des bacilles de même virulence et jouissant des mêmes propriétés. Cette théorie est à rapprocher des accidents sériques qui peuvent se produire au cours d'une injection de sérum. Mais ce pouvoir érytrogène n'est pas l'apanage du bacille d'Eberth ; on a rencontré, dans d'autres affections, des érythèmes analogues à ceux de la fièvre typhoïde : érythèmes des septicémies, du choléra, de la fièvre puerpérale. Aussi Poisot, tout en ne refusant pas un grand rôle aux toxines du bacille d'Eberth, pense que la toxi-infection éberthienne n'est pas seule en cause dans la production de l'érythème. Ne pourrait-il pas se greffer sur une fièvre typhoïde une infection secondaire ?

Hutinel invoque la présence du streptocoque qui, hôte habituel de la bouche, pourrait passer dans l'économie, à la faveur des lésions qui siègent sur le pourtour des lèvres et des narines. Cette théorie aurait l'avantage d'expliquer la

contagiosité de l'érythème. Mais les preuves données de la présence du streptocoque, en dehors des ulcérations, ne sont nullement satisfaisantes pendant la vie des malades. Et si l'on a pu retirer à l'autopsie le streptocoque du sang, les causes d'erreur peuvent être fréquentes, étant donné que ces autopsies n'ont pu être faites immédiatement après la mort. Hutinel a, du reste, reconnu lui-même que les preuves qu'il donnait de l'envahissement de l'organisme par les streptocoques n'étaient pas très probantes, et il a secondairement émis l'idée que le streptocoque agissait par ses toxines. A côté du streptocoque, on a voulu faire jouer un rôle au staphylocoque et au coli-bacille ; mais les résultats obtenus ne sont pas plus satisfaisants. Enfin, Poisot a prétendu que peut-être on pourrait, dans certains cas, faire jouer un rôle à l'entérococcus protéïforme de Thiercelin, que l'on rencontre parfois dans la circulation des typhiques. En somme, les théories de l'infection secondaire ne semblent pas actuellement très satisfaisantes pour expliquer la pathogénie des érythèmes. Cependant, d'après Poisot, il ne faut « pas faire table rase de la théorie de l'infection secondaire, et la porte reste ouverte de ce côté à des recherches nouvelles. L'hypothèse serait même assez séduisante d'un agent pathogène, encore inaccessible à nos moyens d'investigation, agent vraisemblablement saprophyte, pouvant, dans des conditions spéciales, devenir nocif directement, sans qu'il lui soit nécessaire de passer dans la circulation (en élaborant, par exemple, des toxines dans l'intestin), ou mieux encore en faisant acquérir des propriétés plus virulentes au bacille d'Eberth. » (Poisot, Thèse Paris, 1908, page 102.)

3° *Insuffisance des glandes antitoxiques et des émonctoires.* — Au cours des différentes autopsies de sujets morts à la suite des érythèmes éberthiens, on a constaté des lésions

du foie, consistant en une dégénérescence graisseuse ; aussi le professeur Roger cherche-t-il à expliquer, par l'insuffisance hépatique, les érythèmes de la dothiénentérie. Cet auteur expliquerait de la même façon les symptômes accompagnant l'érythème, c'est-à-dire la diarrhée verte, les vomissements, les phénomènes nerveux. On peut, du reste, se rendre compte, pendant le cours de la maladie, des lésions du foie, les analyses d'urines de quelques malades de MM. Richon et Hanns montrent une diminution notable du chiffre de l'urée qui, de 18 à 20 grammes par jour, est tombé jusqu'à 6 grammes. L'observation de M. le professeur Rauzier aboutit aux mêmes résultats, l'urée ayant atteint le chiffre minimum de 4 gr. 14 par litre. L'insuffisance rénale peut jouer aussi un rôle, car l'on constate, dans l'urine de certains malades, des traces d'albumine indiquant une lésion du parenchyme rénal. Peut-être même les capsules surrénales peuvent-elles jouer un rôle. En somme, les différentes glandes antitoxiques et les émonctoires, lésés dans leur fonctionnement, ne jouent plus leur rôle normal dans l'organisme. Si leur insuffisance n'est pas la cause directe de l'érythème, en empêchant l'élimination des toxines, elles peuvent être une cause adjuvante de premier ordre.

## DIAGNOSTIC

Ce qui, dans le syndrome de l'érythème, peut causer des difficultés pour le diagnostic, c'est le caractère de cet érythème et l'aspect de certains des phénomènes qui l'accompagnent. Nous aurons donc à examiner successivement les diverses éruptions qui peuvent simuler l'érythème et les lésions qui peuvent prêter à confusion avec les phénomènes graves concomitants.

Les éruptions qui peuvent être prises pour l'érythème sont surtout d'origine médicamenteuse ou causées par des fièvres éruptives. Parmi celles-ci, deux surtout peuvent faire errer le diagnostic : la scarlatine et la rougeole. Et tout d'abord, peut-on confondre avec une dothiénentérie certains cas graves de rougeole ou de scarlatine donnant au malade l'aspect d'un véritable typhique ? Le diagnostic peut être parfois très embarrassant, mais alors n'a-t-on pas la ressource de faire une séro-réaction ou une culture du sang ?

Le diagnostic qu'il y aura le plus souvent à trancher, c'est de savoir si la fièvre typhoïde existe en même temps que la rougeole ou la scarlatine. Bien que l'association de la scarlatine à la typhoïde soit rare, on peut cependant trouver une scarlatine venant compliquer une dothiénentérie à son déclin, ou rencontrer une fièvre typhoïde se greffant à une scarlatine en défervescence. Comment pourrons-nous différencier

une scarlatine d'une dothiénentérie accompagnée d'une éruption ayant pris le type scarlatiniforme ? Nous avons constaté qu'au moment de l'apparition de l'érythème, les muqueuses bucco-pharyngiennes étaient généralement saines, et que, tout au plus, on pouvait voir une rougeur diffuse de la voûte palatine, de la luette, des piliers antérieurs du voile du palais. Dans la scarlatine, au contraire, on trouve toujours de l'angine ; il est vrai que l'on peut trouver cette angine dans l'érythème, mais celle-ci accompagne ou suit l'éruption, et ne la précède jamais comme dans la scarlatine. L'érythème de la dothiénentérie réside généralement sur les membres, au niveau ou autour des articulations et de préférence à leur extrémité, tandis que l'érythème de la scarlatine commence le plus souvent sur le cou, le thorax et le ventre. Dans la scarlatine, on constate une élévation de la température au moment de l'éruption, tandis que c'est généralement une chute de température qui annonce le commencement de l'érythème de la dothiénentérie. Enfin, les caractères de desquamation nous donnent aussi des renseignements utiles pour le diagnostic différentiel. Le plus souvent, la desquamation manque dans l'érythème de la fièvre typhoïde ; dans les cas où elle existe, elle est très précoce, commençant parfois le jour même de l'apparition de l'exanthème, avant que celui-ci se soit complètement propagé. Dans la scarlatine, la desquamation est la règle, elle se montre généralement quand l'érythème a envahi tous les téguments. La forme de desquamation est identique dans les deux cas.

Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on peut rencontrer la rougeole avec la dothiénentérie. Ici, le diagnostic sera plus facile, à cause du catarrhe des muqueuses qui précède toujours l'apparition de l'éruption, et celle-ci commence généralement à la face, de préférence au niveau du front.

Nous ne pouvons, dans cette étude succincte, passer en

revue les diverses éruptions causées par l'ingestion de médicaments.

Certains, couramment employés dans la dothiénentérie, tels que : la quinine, l'antipyrine, le chloral, le calomel, le salol, le benzo-naphtol, peuvent donner naissance à des éruptions simulant à s'y méprendre l'érythème accompagnant la fièvre typhoïde.

Il nous semble que le diagnostic présentera peu de difficultés. Dans le cas où l'éruption est due uniquement aux médicaments, elle doit disparaître lorsqu'on les supprime, et récidiver chaque fois que l'on aura recours à eux. Nous ne tiendrons aucun compte des quelques cas, très rares, où des phénomènes d'idiosyncrasie peuvent se produire.

Il peut aussi arriver que l'on se trouve en présence de malades ayant une éruption scarlatiniforme ou polymorphe, avec un tableau symptomatologique rappelant à s'y méprendre celui de la dothiénentérie, et dans lequel le bacille d'Eberth ne joue aucun rôle. Ce sont les intoxications alimentaires : viande faisandée ou avariée, coquillages, etc. Dans ces cas, le diagnostic sera difficile. Tout au plus pourrait-on se baser sur l'anamnémèse et sur le séro-diagnostic de Widal qui serait négatif.

Quelques-uns des phénomènes graves accompagnant l'érythème pourraient prêter à confusion avec certaines complications de la fièvre typhoïde : perforation et hémorragie intestinales ; ce serait surtout la chute brusque de la température et, accessoirement, les vomissements verdâtres. Mais l'examen attentif du malade permet d'éviter toute confusion dans le cas d'un simple érythème, le ventre reste souple, non météorisé, n'accuse aucune douleur nettement localisée, le pouls garde toujours la faible fréquence qui le caractérise dans la fièvre typhoïde, les selles ne présentent aucune trace de sang.

## PRONOSTIC

S'il est une question qui, dans l'étude des érythèmes, a séparé les différents auteurs, c'est bien celle du pronostic. Les uns, tels Lévy et Remlinger, prétendent que c'est une complication sans importance, et même peut-être heureuse, puisqu'elle permet de prévoir à brève échéance une défervescence rapide, sinon une guérison immédiate. D'autres, comme Hutinel, Poisot, ont constaté que l'érythème était le signal des complications les plus graves, aboutissant le plus souvent à la mort.

D'où provient une telle divergence d'opinions ?

Dans notre étude clinique, nous avons distingué deux types différents d'érythèmes, que nous pourrions presque opposer : l'érythème bénin et l'érythème grave. L'un sans aucune influence sur le cours de la maladie, et ne s'accompagnant d'aucun symptôme surajouté ; l'autre s'accompagnant de phénomènes concomitants, excessivement sérieux, qui lui donnent son caractère de gravité. En somme, ce n'est donc pas l'éruption en elle-même qui donne le caractère de gravité, c'est l'ensemble des phénomènes généraux qui accompagnent ou précèdent l'éruption. Nous avons vu que ces symptômes consistaient surtout en vomissements, diarrhée, chute brusque de température.

Cette gravité ne dépend pas uniquement des différents phénomènes accompagnant l'éruption, elle dépend aussi en

grande partie des caractères de l'exanthème, son étendue ne paraissant jouer aucun rôle. D'après une statistique de Poisot, nous constatons que les érythèmes scarlatiniformes ont un pronostic à peu près fatal : sur 29 cas, 18 morts, soit 62 % de décès. Les érythèmes morbiliformes ont donné, sur 57 cas, 21 décès, soit 37 %. Les érythèmes polymorphes, sur 52 cas, ont causé 26 décès, soit 40 %. Cependant, les différentes statistiques publiées par Remlinger, Lévy, Leroux et Lorrain n'aboutissent pas aux mêmes conclusions ; il semble que, suivant les séries de cas que l'on étudie, les résultats soient différents. Mais, si les statistiques donnent des résultats si dissemblables, lorsque l'on considère uniquement le type de l'éruption, il paraît que l'accord est plus unanime si on envisage l'âge du malade et le terrain sur lequel évolue l'érythème.

D'après Remlinger, la mortalité des sujets âgés de moins de 15 ans est de 47 %, celle des sujets âgés de plus de 15 ans n'est que de 32 %. Pour le terrain, en dehors des causes banales, telles que débilité, misère physiologique, encombrement des salles d'hôpital, il faut surtout tenir compte des maladies antérieures ayant lésé des appareils glandulaires tels que le foie et le rein.

## TRAITEMENT

Nous diviserons le traitement en deux parties : prophylactique et curatif.

*Prophylaxie.* — Pour instituer un traitement prophylactique réellement efficace, il faudrait être fixé sur l'origine de l'érythème. Or, nous avons vu, au chapitre de la pathogénie, combien nos connaissances à ce sujet sont encore insuffisantes. Si, avec Hutinel, nous admettons que l'érythème est dû à une affection secondaire par le streptocoque, ayant son point de départ au niveau des ulcérations buccales et nasales, il faudra se préoccuper de l'antisepsie de ces orifices : lavages, gargarismes, attouchements des ulcérations. Si, au contraire, nous croyons que c'est l'insuffisance des émonctoires et des glandes antitoxiques qui jouent le plus grand rôle, nous nous préoccuperons surtout de ne pas imposer au foie et aux reins un travail que ces organes ne pourraient peut-être pas supporter. Nous laisserons le malade au régime lacté absolu, supprimant ainsi tous les produits toxiques alimentaires susceptibles d'augmenter le travail du foie. On devra veiller à l'élimination des produits toxiques contenus dans l'intestin, en assurant des selles régulières et en donnant, s'il est besoin, un purgatif léger. Les diurétiques ordinaires assureront une élimination normale de l'urine, si celle-ci devient insuffisante.

*Traitement curatif*. — Si nous nous trouvons en présence d'un érythème bénin, nous laisserons évoluer cette complication, étant donné qu'elle n'a aucune influence sur le cours de la dothiénentérie. On pourra saupoudrer l'éruption avec des poudres telles que : amidon, talc, sous-nitrate de bismuth. Le prurit sera calmé avec une pommade mentholée En présence d'un érythème grave, l'effort thérapeutique ne doit pas se porter sur l'érythème lui-même, qui est sans importance pour le pronostic, mais sur les phénomènes graves concomitants. On tâchera de calmer, par les moyens appropriés, les vomissements et la diarrhée, si ceux-ci revêtaient un caractère de gravité immédiate. Enfin, on essaiera surtout de relever, de soutenir l'organisme par l'emploi de stimulants : éther, huile camphrée, strychnine, et par l'injection de sérum physiologique.

Certains auteurs, se basant sur l'insuffisance des capsules surrénales au cours des érythèmes, ont conseillé l'emploi de l'adrénaline. Mais les essais n'ont pas été assez nombreux pour permettre d'émettre un jugement sur l'efficacité de ce traitement.

## RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Les érythèmes que l'on rencontre au cours de la fièvre typhoïde présentent trois types principaux :

Rubéoliforme ;
Scarlatiniforme ;
Polymorphe ;

Ces érythèmes sont rares. On peut les diviser en deux groupes :

Les érythèmes bénins, sans aucune influence sur la maladie, caractérisés seulement par l'éruption ;

Les érythèmes graves, d'un pronostic des plus sérieux, constitués par l'éruption et un cortège de facteurs graves (diarrhée, vomissements ; le plus souvent, chute de température, état général très grave).

Les érythèmes auraient, pour certains, une origine purement médicamenteuse. Il semble plutôt que l'on peut les attribuer, soit à une propriété spéciale du bacille à faire des érythèmes, soit à une insuffisance des émonctoires.

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES


Amat. — De la fièvre typhoïde à forme rénale. Thèse Paris, 1878.

Angeli. — Contribution à l'étude des rashs scarlatiniformes de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1900.

Aron. — L'exanthème scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1900.

Barbe. — Eruption polymorphe au cours de la fièvre typhoïde. Bulletin de la Société clinique de Paris, 1882, VI, p. 249.

Besnier. — Pathogénie des érythèmes. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Paris, janvier, 1890.

Bey. — De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu. Thèse Paris, 1877.

Bloch. — Sur une épidémie de fièvre typhoïde au pavillon de la scarlatine de l'Hôpital Trousseau. Thèse Paris, 1905.

Bussy. — Etude sur l'exanthème scarlatiniforme. Thèse Paris, 1879.

Cabiran. — Des éruptions de la fièvre typhoïde et en particulier du rash typhoïde. Thèse Paris, 1879.

Calton. — Contribution à l'étude d'un érythème symptomatique d'une infection secondaire, en particulier au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Thèse Paris, 1893.

Chédevergne. — De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorragiques. Thèse Paris, 1864.

Chevrey. — L'infection hépatique par l'entérocoque de Thiercelin. Thèse Paris, 1900.

Deloyère. — A propos d'un syndrome spécial au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Thèse Paris, 1906.

Détol. — Etude sur les érythèmes infectieux. Thèse Paris, 1904.

Dubois-Flavenith. — A propos d'un cas de fièvre typhoïde compliquée de scarlatine. Presse médicale belge, Bruxelles, 1900. LII, p. 463.

Estève. — Evolution simultanée de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives. Thèse Paris, 1889.

Etienne. — Les érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde (8 obs.). Société de médecine de Nancy. 1895-96. Also : Revue médicale de l'Est, janvier 1896,

Farnarier — La coexistence de la fièvre typhoïde et de la scarlatine. Semaine médicale. Paris, 1904, p. 97.

Féréol. — Pseudo-exanthème scarlatiniforme récidivant. Bulletin et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1876, p. 30. Also : Union médicale, 1866, 3e s., XXI, p. 381.

Forget. — Diagnostic de la fièvre typhoïde. Union médicale, 1852.

Galliard. — La fièvre typhoïde et les érythèmes infectieux secondaires. Semaine médicale. Paris, 1894, p. 450.

— Erythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde. Bulletins et Mém. de la Société médicale des hôp. de Paris, 1896, p. 276.

Gillet. — Des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde. Thèse de Nancy, 1896.

Greffier et Hugueney. — Erythème scarlatiniforme desquamatif dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Dauphiné médical. Grenoble, 1894, p. 257.

Grellety. — Des manifestations cutanées de la fièvre typhoïde. Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. Limoges, 1882, p. 98.

Herviault. — Erythèmes causés par les lavements boriqués dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1902.

Hutinel et Martin de Gimard. — Epidémie d'érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde. Médecine moderne. Paris, 1890, p. 88, 101 et 124.

Hutinel. — Notes sur quelques érythèmes infectieux. Archives générales de médecine. Paris, sept. et oct. 1892, p. 263 et 385.

Lebelle. — Fièvre typhoïde avec éruptions rubéoliforme et scarlatiniforme. Bulletin médical. Paris, 1902, XVI, I, p. 25.

Le Bœuf. — Association de la fièvre typhoïde et de scarlatine à rechute. Journal médical de Bruxelles, mai 1900, p. 245.

Le Gendre. — Erythème scarlatiniforme desquamatif prolongé avec chute incomplète des phanères pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Mort... Colibacille dans les squames du thorax. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1893, p. 216.

Le Goic. — Deux cas de fièvre typhoïde à localisations anormales. Revue de médecine. Paris, 1903, p. 320.

— Association de scarlatine et de fièvre typhoïde. Revue de médecine. Paris, 1904, p. 64.

Leloir. — Recherches sur l'anatomie pathologique des érythèmes. Bull. et Mém. de la Société anatomique, 1884.

Lemaigre. — Etude sur une variété d'exanthèmes survenant dans le cours de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1883.

Lesieur. — De la fièvre typhoïde exanthématique chez l'adulte et des exanthèmes chez les typhiques. Presse médicale, Paris, 1906, p. 825.

Lesieur et Marchand. - Province médicale. 20 janvier 1912.

Lévy. — Fièvre typhoïde et rougeole. Archives de médecine et pharmacie militaires. Paris, 1906. T. 48, p. 259.

Lobligeois. — Etude clinique et diagnostique des érythèmes scarlatiniformes apparaissant au cours de la diphtérie. Thèse Paris, 1902.

Lourg. — Des éruptions cutanées dans la fièvre typhoïde à rechutes (en russe). Vrachebn. Gazeta, Saint-Pétersbourg, 1900.

Lovy. — Sur un exanthème rubéoliforme du déclin de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1890.

Manquat. — Scarlatine et typhoïde. Bulletin médical, 1888, p. 1491.

Marotti. — Scarlatine et fièvre typhoïde à marche parallèle. Union médicale, septembre 1860, p. 505.

Moreaud. — Fièvre typhoïde avec rougeole intercurrente. Archives de médecine chir. et pharm. militaires, 1893, XXI, p. 56.

Mornard. — Des éruptions cutanées dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1875.

Œttinger et Fiessinger. — Des formes typhoïdes de certaines septicémies diplococciques. Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, juillet 1907, p. 459.

Pater. — Sur un syndrome secondaire au cours de la fièvre typhoïde ; lésions hépatiques et forme hépatique de la dothiénentérie. Tribune médicale, Paris, 1906, p. 405.

Peter. — Erythème polymorphe chez un convalescent de fièvre typhoïde. Semaine médicale. Paris, 1841, p. 281.

Pichard. — Contribution à l'étude des érythèmes scarlatiniformes dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1904.

Pons. — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde. Thèse Toulouse, 1898.

Potain. — Fièvre typhoïde et scarlatine. Revue médicale française et étrangère. Paris, 1880, I, p. 693.

Raymond et Nélaton. — Etude sur une variété d'érythème rencontrée dans le cours de la fièvre typhoïde. Progrès médical, 19 et 26 octobre 1878.

Raynaud (Maurice). — Eruption scarlatiniforme de la fièvre typhoïde. Le Praticien. Paris, 1880, p. 615.

Rauzier et Roger. — Erythème rubéolo-scarlatiniforme bénin au cours d'une dothiénenterie. Montpellier médical, 23 juin 1912.

Reynaud. — Des érythèmes polymorphes dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1881.

Richon et Hanns. — Fièvre typhoïde avec érythèmes polymorphes éberthiens. Province médicale, 30 sept. 1911.

Rispal. — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde. Archives médicales de Toulouse, 1898, p. 81 et 106.

Roudet. — Des éruptions dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1883.

Santi (de). — Eruptions anormales dans la fièvre typhoïde à forme rénale. Tribune médicale. Paris, 1880, p. 328 et 340.

Sébilleau. — Un cas de fièvre typhoïde avec érythème scarlatiniforme et hyperthermie chez une jeune fille de 9 ans ; mort. La Clinique infantile. Paris, janvier 1904, p. 46.

SIREDEY. — Sur un cas d'érythème scarlatiniforme. Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, octobre 1894.

SONRIER et ASPOL. — Epidémie de fièvres typhoïdes rubéoliques. Mémoires de médecine, chir. et pharm. militaires, 1862, VIII, p. 263.

WEILL et LESIEUR. — De la fièvre typhoïde infantile à forme exanthématique. Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie. Paris, 1900, p. 421 ; also : Revue des maladies de l'enfance, 1900, p. 209 et 266.

---

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 19 juillet 1912.
*Pour le Recteur,*
*Le Vice-Président du Conseil d'Université*
VIGIÉ.

Vu et approuvé
Montpellier, le 19 juillet 1912
*Pour le Doyen,*
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*